

# Behandling av dissosiative konversjonslidelser hos barn og unge

*En litteraturstudie*

Cecilia Tønnessen



Prosjektoppgave ved Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

november 2014

# Behandling av dissosiative konversjonslidelser hos barn og unge

*En litteraturstudie*

Cecilia Tønnessen



Prosjektoppgave ved Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

november 2014

Veileder: Trond H. Diseth

© Forfatter

År: 2014

Tittel: Behandling av dissociative konversjonslidelser hos barn og unge

Forfatter: Cecilia Tønnessen

<http://www.duo.uio.no/>

# Abstract

## *Background*

Dissociative conversion disorder is a condition that appears in all age groups, including children. The presentation varies, but it generally mimes neurological symptoms e.g. seizures, paralysis or impairments in sensation. It is a neglected topic in both somatic medicine and psychiatry, which leads to misdiagnosis and potentially poor treatment.

## *Methods*

A literature study has been performed to get an overview of the treatment methods received by these patients and what these treatment methods involve. The aim was to find out which methods are used and whether there is evidence for them or not.

## *Results*

There are several treatment methods for children with dissociative conversion disorder. The choice of method depends on the symptoms, background and severity. The number one priority is to ensure child's safety. This may include hospitalization. It is important to create a good relationship with the child and the family and shift the focus from physical to psychological in a pace they can follow. Specific treatment methods that seem to be effective are Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Eye Movement Desensitization Response (EMDR) and Hypnotherapy (HT). These are often supplemented with family therapy and physiotherapy.

The evidence for the treatment is poor. There are few studies and the ones that are found are often old and/or with uncertain results. However, there seems to be an international agreement that some of the methods are useful in treatment of this disorder.

## *Conclusion*

There is too little knowledge about the subject. There are too few randomized controlled studies, and the ones that are done are of poor quality. More research needs to be done to conclude which treatment methods should be offered children with dissociative conversion disorder.

# Innholdsfortegnelse

Abstract .....	IV
Innholdsfortegnelse .....	V
1 Innledning.....	1
1.1 Dissosiative konversjonslidelser.....	1
1.1.1 Hva er dissosiative konversjonslidelser?.....	1
1.1.2 Differensialdiagnoser .....	3
1.1.3 Tegn for å skille konversjon fra nevrologisk, organisk sykdom .....	3
1.1.4 Epidemiologi .....	5
1.1.5 Komorbiditet .....	5
1.1.6 Prognose .....	6
1.1.7 Årsaksfaktorer .....	7
1.2 Hvorfor er det viktig å belyse temaet behandling av dissosiative konversjonslidelser hos barn? .....	8
1.3 Hensikt med oppgaven .....	9
2 Metode og materiale.....	10
3 Resultater.....	11
3.1 Behandlingsmåter benyttet i behandling av barn med dissosiative konversjonslidelser	11
3.2 Behandlingsmål/-retningslinjer .....	13
3.2.1 <i>Strukturert behandlingsopplegg</i> .....	15
3.3 Behandlingsmetoder .....	16
3.3.1 Psykoterapi .....	16
3.3.2 Hypnose.....	17
3.3.3 Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR.....	18
3.3.4 Farmakoterapi.....	19
3.3.5 Narkoanalyse .....	20
3.3.6 Familieterapi.....	20
3.3.7 Fysioterapi .....	21
3.3.8 Paradoksal terapi .....	21

3.3.9	Andre behandlingsmetoder .....	22
3.3.10	Randomiserte kontrollerte studier (RCT).....	22
4	Diskusjon.....	25
4.1	Hvorfor vet vi så lite? .....	25
4.1.1	Tillit til diagnosen .....	25
4.1.2	Problematisk diagnosesetting .....	25
4.1.3	Variasjon i behandling .....	28
4.1.4	Evidens .....	28
4.2	Styrker og svakheter ved litteratursøket .....	30
4.3	Implikasjoner .....	31
5	Litteraturliste .....	32
6	Appendiks.....	34
6.1	Appendiks 1 .....	34
6.2	Appendiks 2.....	35

# 1 Innledning

Ikke alle barn som får fysiske symptomer har fysisk sykdom. Både hos barn og voksne kan psykiske lidelser, eksempelvis etter traumer, manifestere seg som kroppslige symptomer. Ett eksempel på dette er dissosiative konversjonslidelser. Her får pasienten symptomer i form av motoriske og/eller sensoriske forstyrrelser, for eksempel paralyse/parese, epilepsilignende anfall eller blindhet. Barna havner gjerne hos barnenevrolog først. Dersom ingen organisk årsak kan påvises, antar man at det kan være en psykiatrisk tilstand. For mange tar det lang tid før diagnosen stilles. Deretter er utfordringen hvordan det skal behandles.

## 1.1 Dissosiative konversjonslidelser

### 1.1.1 Hva er dissosiative konversjonslidelser?

Dissosiasjon betyr at elementene av en spesifikk opplevelse blir fragmentert til sanseintrykk, tanker og følelser. En tidligere traumatisk hendelse kan ha vært så intens og kompleks at hjernen ikke klarte å prosessere hendelsen som en hel hendelse, og minnene lagres langs forskjellige modaliteter i fragmenterte deler: persepsjonen, kognisjonen og emosjonene[1]. Dette kan ligge til grunn for senere psykisk sykdom: dissosiative lidelser.

Konversjonslidelsene refererer til de dissosiative lidelsene der hovedsymptomene blir somatiske. Vanlige manifestasjoner av konversjonslidelse er ikke-epileptiske anfall, paralyse, parestesier, tremor, afoni, abnormal gange, uvanlige motoriske aktiviteter, svelgeprobleme og sensoriske forstyrrelser inkludert nedsatt hørsel eller syn[2, 3].

I psykiatrien er det hovedsakelig to diagnosesystem i bruk: ICD og DSM. I Europa brukes stort sett ICD, mens DSM er vanligst i USA. ICD og DSM kategoriserer konversjonslidelsene forskjellig. Artiklene oppgaven baserer seg på har brukt ICD-10, DSM- IV eller DSM -III.

I ICD-10 er konversjonslidelsene en undergruppe av dissosiative lidelser. De som er vanligst hos barn og unge er F44.4 - F44.7: Dissosiative motoriske forstyrrelser, krampetilstander og sanseutfall[4].

Kriteriene for dissosiative konversjonslidelser i ICD-10 inkluderer et partielt eller komplett tap av 1) normal integrasjon mellom erindring, identitetsbevissthet og umiddelbare

sanseopplevelser og 2) kontroll over motorikk. Det kan ikke være noe evidens for en fysisk lidelse som kan forklare symptomene, men evidens for psykologisk kausalitet bør være tilstede: en klar assosiasjon i tid med 1) stressende eller traumatiske hendelser, 2) uløselige eller uutholdelige problemer eller behov eller 3) forstyrrede relasjoner. Dette kan ligge til grunn for diagnosen selv om det benektes av individet[1, 4].

I DSM-IV er konversjonslidelsene en undergruppe av somatoforme lidelser. Dette er lidelser med psykiatrisk bakgrunn, men som utarter seg med tilsynelatende somatiske symptomer. Konversjonslidelsene er definert ved seks kriterier: 1) Ett eller flere symptomer eller utfall er til stede og affiserer sansene eller frivillig motorisk funksjon. Symptomene tyder på en nevrologisk eller annen somatisk tilstand. 2) Psykologiske faktorer er vurdert å være assosiert med symptomene eller utfallene på grunn av konflikter eller andre stressorer forut for symptomstart eller -forverring. 3) Symptomet eller utfallet er ikke viljestyrt (som i patomimi eller simulering). 4) Symptomet eller utfallet kan ikke, etter adekvat utredelse, fullstendig forklares med somatisk lidelse, direkte effekt av substansinntak eller som en kulturelt betinget atferd eller opplevelse. 5) Symptomet eller utfallet forårsaker klinisk signifikant stress eller svekkelse i det sosiale, yrkesmessige eller i andre viktige områder. 6) Symptomet eller utfallet er ikke begrenset til smerte eller seksuell dysfunksjon, finner ikke kun sted i forløpet av en somatiseringslidelse og forklares ikke bedre ved noen annen medisinsk tilstand[3].

Dissosiasjon hos barn og unge refererer til en utviklingsforstyrrelse i integrasjon av hukommelse, bevissthet, identitet og/eller persepsjon, men manifesterer seg også i forstyrrelser av sansning, bevegelse og andre kroppslige funksjoner. Barnet blir lett emosjonelt overveldet og har begrenset selvkontroll. Dette ses i sammenheng med hyperarousal: en tilstand der barnet har høy emosjonell eller muskulær spenning på grunn av en kontinuerlig fight-and-flight-respons. Pasienten har også nedsatt evne til å se mening i traumatiske opplevelser og i ny informasjon[1].

Barn har generelt en større tendens og kapasitet til å dissosiere enn voksne. De har ulike dissosiative væremåter som minsker i ungdomstida når mer passende og kognitivt modne mestringsstrategier utvikles. Det kan derfor være vanskelig å skille «normal dissosiasjon» fra patologisk dissosiasjon hos barn. De kan også være mer sårbare for å utvikle dissosiativ symptomatologi som respons på traume. Videre kan det være vanskelig å skille identitetsutvikling og -testing fra identitetsforstyrrelser i dissosiative lidelser[1].



## 1.1.2 Differensialdiagnoser

Siden symptomene varierer fra pasient til pasient, vil differensialdiagnosene også være ulike. Man må vurdere både somatiske og ikke-somatiske differensialdiagnoser. De ikke-somatiske kan ligne uansett hvilke symptomer som presenterer seg. Det er derfor spesielt vanskelig å skille disse fra dissosiativ konversjonslidelse. To av dem er patomimi og simulering. Forskjellene mellom disse to differensialdiagnosene og dissosiative konversjonslidelser framkommer i tabellen under.

**Tabell 1** - Forskjeller mellom dissosiativ konversjonslidelse og to vanlige differensialdiagnoser.

	<b>Bevisst motivasjon</b>	<b>Bevisst simulering av symptomer</b>
<b>Dissosiativ konversjonslidelse</b>	Nei	Nei
<b>Patomimi (Factitious disorder)</b>	Nei	Ja
<b>Simulering</b>	Ja	Ja

Ved dissosiativ konversjonslidelse er symptomene reelle. Pasienten har ingen (bevisst) motivasjon for å være syk og symptomene oppleves som uønsket sykdom. Patomimi er en annen psykiatrisk tilstand. Her er det viljestyrt produksjon av symptomer. Pasienten vet at hun etterligner symptomer, men vet ikke selv årsaken til at hun later som om hun er syk. Ved simulering er det lurei med bevisst motivasjon, eksempelvis økonomisk gevinst. Dette er ingen psykiatrisk diagnose[5].

Eksempler på somatiske differensialdiagnoser kan være hodetraume, subduralt hematoma, epilepsi, Guillan barré, encefalopati, myastenia gravis, optikusnevritt, tidlige stadier av progressiv, neurologiske lidelser som SLE og MS, stoffindusert amnesi eller medikamentbivirkninger eller -intoksikasjon[1].

## 1.1.3 Tegn for å skille konversjon fra neurologisk, organisk sykdom

Siden lidelsen kan utarte seg på så mange forskjellige måter, kan den være vanskelig å skille fra andre, spesielt neurologiske, sykdommer. Tidligere ble det oppdaget feildiagnostisert organisk lidelse seinere i opp til 30 % som ble diagnostisert med konversjonssymptomer[5]. Nå virker det som at diagnosen konversjonslidelse har en diagnostisk stabilitet som gjør at

feildiagnoseraten er omtrent lik den for andre nevrologiske og psykiatriske presentasjoner, ca. 4 % 5 år etter diagnosen stilles første gang[6].

Tegn som øker mistanken om at psykologiske faktorer spiller en rolle i den somatiske presentasjonen i somatoforme tilstander er: tidsrelasjon mellom en mulig stressfaktor og symptomene (både når symptomene først begynte, og evt. når de oppstår dersom det er anfall av dem), at alvorligheten av handicapet er ute av proporsjon med den etablerte patofysiologien samt samtidig psykiatrisk lidelse. I pediatrien er tilstedeværelse av «det karakteristiske barnet» (se avsnitt 1.1.7) og foreldrenes bekymringer rundt barnets symptomer også av betydning[7]. De somatiske symptomene reflekterer pasientens tanker om hvordan en sykdom skal utarte seg. De følger dermed ikke organisk anatomi og fysiologi, og kan synes atypiske eller bisarre for legen som undersøker. Når det gjelder konversjonslidelsene er observerte tegn ofte verre når de blir formelt evaluert eller når pasienten fokuserer på symptomene enn ellers[5].

Tegn som tyder på psykogene anfall:

-Forløp: Lang varighet, gradvis start og slutt, anfall fra tilsynelatende søvn, fluktuerende forløp

-Motorikk: Asynkrone bevegelser, opistotonus (bekken-skyvning, kontraksjon av ekstensormusklene i ryggen ved markert retrofleksjon av hode og hyperekstensjon av trunkus og ekstremiteter), side-til-side bevegelser med hode eller kropp og tvunget øyelukning eller øyeflagring under anfall. Etter anfall: hviking og andre vedvarende, motoriske fenomen med lav intensitet og anstrengt respirasjon.

-Bevissthet: Minne fra anfallet, fravær av postiktal forvirring, opprettholdt bevissthet og interaksjon med observatør tross bilateral motorisk aktivitet, pseudosøvn (langvarig, non-reaktiv tilstand der pasienten ikke kan vekkes ved ekstern stimuli, uten søvnmønster på EEG), endring av atferd når det er en observatør til stede (eks. snur seg bort fra observatøren eller endret intensitet), iktal gråting[8, 9].

Lingvistiske studier har vist at dissosiative anfall kan skilles fra epileptiske anfall ved hvilke begreper pasientene bruker for å beskrive dem. [9] Manøvre som å plassere bomull i nesa, å åpne pasientens øyne og teste cornearefleks blir ofte møtt med motstand i pasienter med

psykogene anfall, men ikke de med epilepsi. Å dekke til nese og munn i et anfall kan ofte føre til spontan terminering av anfallet[8].

Det er omstridt om man skal bruke provokasjonstester i diagnostiseringen av psykogene anfall. Den vanligste er at man injiserer placebo som man har sagt til pasienten er et prokonvulsivt medikament og ser om dette utløser anfall. [8] Video-EEG under anfall gir en rimelig sikker diagnose. [9]

### **1.1.4 Epidemiologi**

Prevalensen av konversjonsslidelser er minst 50/100.000[2, 10]. Livstidsprevalens hos ungdom mellom 14 og 24 år: 0,4%[11]. Motoriske og sensoriske konversjonstilstander utgjør 1-2 % av henvisninger til BUP, og opptil 30 % av henvisninger til barnenevrologiske poliklinikker. I tillegg blir mellom 20 % og 30 % av de som blir henvist til epilepsimonitorering eller til epilepsisenter for refraktær epilepsi diagnostisert med dissosiative anfall[4, 8, 9]. 1-3% av polikliniske pasienter i barne- og ungdomspsykiatri og 10% av polikliniske pasienter innen pediatrik nevrologi har konversjonsslidelse[1].

Lidelsen er jevnt fordelt i alle aldersgrupper. Den er vanligere hos jenter enn gutter[3, 4]. Det kan gå lang tid fra symptomene presenterer seg til man får diagnosen, gjennomsnittlig tid mellom symptomdebut og diagnose av psykogene anfall er 7,2 år[8].

### **1.1.5 Komorbiditet**

Man finner komorbid mental sykdom i mer enn 50 % av de med konversjonsslidelse[12]. Blant de vanligste er panikklidelse, angst, depresjon og nevrasteni[2, 3]. Depresjon finnes hos 54 % - 88 % av de med konversjonssymptomer[5].

Av de med dissosiative anfall, har 90% komorbide psykiatriske lidelser. Depresjon og angst er vanlig[9]. Mer enn 50 % av de med psykogene anfall har også andre somatoforme eller dissosiative lidelser i sykehistorien, og mellom 22 % og 100 % oppfyller kriteriene for posttraumatisk stressyndrom. I tillegg er det mange av personlighetsforstyrrelsene i DSM IV som er assosiert med psykogene anfall[8]. Mellom 5 % og 40 % med psykogene anfall har en samtidig epilepsidiagnose[8]. Denne har som oftest kommet før de dissosiative anfallene[9].

### 1.1.6 Prognose

Resultater fra studier tyder på at utsiktene for umiddelbar bedring er bra, men at et signifikant antall vil få tilbakefall. Faktorer som assosieres med rask bedring sies å være akutt start og umiddelbar behandling. Prognosen kan også ha sammenheng med symptom mønsteret – noen studier tyder på at pasienter med ikke-epileptiske anfall, tremor og amnesi har dårligere prognose enn de med blindhet, afoni og motoriske forstyrrelser[10]. Personlighetsforstyrrelser indikerer dårlig prognose, mens det motsatte gjelder for affektive lidelser[12]. Kortere varighet av symptomene er assosiert med bedre nevrologisk prognose. Selv uten spesifikk behandling rettet mot nevrologisk funksjon, vil 28 % til 63 % av pasientene ha komplett remisjon av deres nevrologiske symptomer. 20 % - 29 % vil vise forbedring, 10 % til 52 % vil forbli uendret eller bli verre[5].

Pasientens vanskeligheter avsluttes ikke nødvendigvis av bedring i nevrologisk funksjon. Det er mange som sliter med psykiatriske problemer i lang tid etterpå. Dette underbygger viktigheten av å identifisere og behandle den underliggende psykiatriske lidelsen[5].

Når det gjelder psykogene anfall, blir ca 33 % helt anfallsfrie og mellom 50 % og 70 % får redusert anfallsfrekvens. Prognosen varierer med hvilken underliggende patofysiologi pasienten har. Tilnærmet 25 % av pasientene utvikler kronisk(e?) psykogene anfall[8]. To år etter debut av dissosiative anfall har 40 % fremdeles anfall med samme eller økt frekvens og rundt 20 % forsøker å begå selvmord innen 18 måneder etter de får diagnosen[9].

**Tabell 2 - Prognostiske faktorer**

<b>Bedre</b>	<b>Verre</b>
Akutt start	Ikke-epileptiske anfall
Rask behandling	Tremor
Blindhet	Amnesi
Afoni	Personlighetsforstyrrelse
Motoriske forstyrrelser	
Affektiv lidelse	
Kort varighet	

Konversjonssymptomer, spesielt når de er akutte, kan gå over spontant ved hjelp av forklaring og suggesjon. Noen kan respondere på rehabiliterende behandling med atferdsterapeutisk tilnærming, uten annen psykiatrisk intervensjon. I denne pasientgruppen, har det primære

psykiatriske problemet tilsynelatende løst seg. De sitter igjen med nevrologiske symptomer som de trenger en måte å komme seg ut av uten å tape ansikt[5].

### 1.1.7 Årsaksfaktorer

Ved *somatisering* er det en psykiatrisk lidelse som truer mental stabilitet. Dette produserer angst som mobiliserer somatisk forsvar. Pasienten er ikke bevisst sin underliggende psykiatriske lidelse, og symptomutvikling reduserer det intrapsykiske stresset[5].

Personlighet kan ha noe å si for sykdomsutvikling. Klinikere har beskrevet «det karakteristiske barnet» som somatiserer som samvittighetsfullt, rigid til tvangspreget, sensitiv, usikker og engstelig. Noen er spesielt «flinke barn», ivrig etter høy akademisk prestasjon. Det har høye standarder for atferd, noe som resulterer i at det blir engstelig. Sykdom minsker den relativt høye prestasjonen og reduserer presset[7].

Familiefaktorer tenkes å bidra til somatisering. Helseproblemer i familien og fokus på sykdom ses ofte og kan bli en modell for barnets symptomer. Fokus på opplevelsen av fysiske symptomer, både hos barn og foreldre, leder dem til å søke bekreftelse fra helsevesenet. Det kan være et problematisk mønster i utviklingen av nære relasjoner og av familiens konflikthåndtering, samtidig som det er markert nærhet mellom familiemedlemmer rundt fysiske helseproblemer. I noen tilfeller sees mer alvorlige familiesituasjoner, som omsorgssvikt eller mishandling[7].

Det er ingen enighet om hvorfor pasienter bruker somatiske forsvarsmekanismer. Faktorer som er blitt assosiert med somatisering er økende alder, lav sosial klasse, sykehistorie med psykisk lidelse, psykisk lidelse i familien, tilhørighet i kulturer som ikke oppfordrer til å uttrykke følelser, aleksitymi og frykt for psykiatrisk stigmatisering[5].

Hvordan og hvorfor en pasient «velger» et spesifikt symptom eller tegn er også uklart. Mulige forklaringer inkluderer symbolsk kobling til en underliggende konflikt, eller symptommodellering der pasienter mimer somatiske symptomer som de selv eller familiemedlemmer har hatt tidligere på grunn av organisk sykdom[5].

Det er antatt at fenomenet *konversjon* oppstår som et resultat av spontan selvhypnose og dissosiasjon av sensorisk persepsjon, som reaksjon til moderate til alvorlige psykososiale stressorer, vanligvis en som innebærer en krevende psykologisk konflikt. Dette kan være

langvarig eksponering for stressende eller traumatiske situasjoner[3, 13]. En tredjedel av pasientene rapporterer fysisk og seksuell mishandling i barndommen[3]. Forsøket på å forstå de psykologiske/emosjonelle årsakene for symptomene er ofte utilfredsstillende for både terapeut og pasient. Til og med når slike årsaksforklaringer blir funnet, vedvarer ofte symptomene. I respons til dette, er det blitt foreslått at «årsaken» til disse lidelsene kanskje finnes dypt i ens kulturelle forventninger om hvordan ikke-organiske plager kan presenteres på en sosialt akseptert måte[14].

Hvis man ser på patofysiologien ved konversjonslidelser, har studier vist endringer i hjernens funksjon. Ved PET-scan har man sett at inhiberende områder i hjernen aktiveres når pasienten prøver å bevege et paralyisert bein, i stedet for at motorisk cortex aktiviseres. Denne inhibisjonen skjer kun når pasienten aktivt prøver å bevege beinet[5].

I de fleste pasienter med psykogene anfall, er det mange faktorer som sammen fører til utviklingen av dem. Det er viktig å ha biopsykososial forståelse og tilnærming. Mange studier tyder på at seksuell eller fysisk mishandling i barndom eller ungdom er en stor predisponerende faktor. I tillegg virker det å foreligge noegenetiske predisposisjoner, men disse er ennå dårlig forståtte. Blant de med en predisposisjon kan utløsende faktorer være fysisk eller emosjonelt traume, dødsfall i familie, separasjon fra familie, å miste jobben eller andre store stressorer knyttet til utvikling av tilstanden. Triggere kan være det å våkne fra generell anestesi, sensorisk stimuli som blinkede lys og noen fysiske sansefølelser[8].

## **1.2 Hvorfor er det viktig å belyse temaet behandling av dissosiative konversjonslidelser hos barn?**

Mange barne- og ungdomsarbeidere innen helse i de nordiske landene kjenner ikke til dissosiative symptomer og/eller er skeptiske til eksistensen av disse lidelsene. Mange er ikke klar over assosiasjonen mellom traumeinduserte dissosiative prosesser og atferdsforstyrrelser som manifesterer seg i traumatiserte barn[1]. Dette kan lede til at pasientene blir stemplet som «vanskelige barn», eller at det antas at de lyver. De kan få feilaktige diagnoser som ADHD eller schizofreni og har dermed høy risiko for å få inadekvat behandling. Dette er spesielt bekymringsverdig siden forskning har vist permanente nevrokjemiske, funksjonelle og strukturelle abnormaliteter i hjernen relatert til tidlige traumatiske opplevelser i barndom.

Nyere nevrobiologisk forskning understreker viktigheten for aktiv, tidlig og spesifikk behandling. Siden lidelsene ikke spontant går over er det viktig med tidlig identifisering av dissosiativ symptomatologi[1].

Utvikling av pålitelige og valide diagnostiske verktøy gir mulighet for effektiv tidlig identifisering av dissosiative lidelser[1]. Dette åpner for tidlig behandling, noe som er en stor fordel forutsatt at behandlingen er god.

## **1.3 Hensikt med oppgaven**

Hovedmålet med denne oppgaven er å kartlegge hva som finnes av litteratur på området – hva vet vi om behandling av barn og unge med dissosiative konversjonslidelser?

Delmål er å kartlegge hvilke behandlingsmetoder brukes hos barn med dissosiative konversjonslidelser, hva disse innebærer og om vi evidens for dem. Foreligger det noen bred konsensus om dette?

## 2 Metode og materiale

I oktober 2013 ble det utført litteratursøk i Medline Ovid under søkerordet «Dissociative conversion disorder» som gav 1504 artikler. Søket ble så spesifisert med: "reviews" or "therapy" or "qualitative" and “childhood” (0-12 years) or “adolescence” (13-17 years)) and Danish or English or Norwegian or Swedish. Dette resulterte i 550 artikler. Etter gjennomgang av overskrifter, sammendrag og fullstendige artikler, gjenstod åtte relevante artikler. I november 2013 ble det gjort et søk i PubMed med søketeksten «dissociative conversion disorders AND therapy», med følgende filtre: English, Child: birth-18 years. Dette gav 18 treff. Etter å ha lest sammendrag og fullstendige artikler, ble nye tre ansett som relevante. Én av disse (Diseth) var allerede med fra Medlinesøket. Referanselistene til de mest relevante artiklene ble brukt for å finne nye kilder. Fire nye artikler ble tatt med på denne måten.

Randomiserte søk på dissosiative konversjonslidelser i referanseprogrammet EndNote gav ytterligere fire artikler.

Oppgaven bygger således på totalt 18 artikler. De fleste som er vurdert er ekskludert fordi de kun omhandler andre dissosiative lidelser enn konversjonslidelsene. Dessverre er det få av artiklene som tar for seg hele problemstillingen. Noen av artiklene tar for seg dissosiative konversjonslidelser og behandling, men har feil aldersgruppe. Andre har riktig aldersgruppe, men fokuserer ikke så mye på behandling. Noen har riktig aldersgruppe og behandling, men fokuserer kun på én spesiell type konversjonslidelse. En tabell over hva de ulike artiklene omhandler er presentert i Appendiks 1.

Det er også sett etter annen litteratur på temaet. Det er ikke mange lærebøker på feltet, men to er benyttet i denne oppgave: «Dissosiasjon og Relasjonstraumer – Integrering av det splittede jeg» og «Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents».

Den norske veilederen for barne- og ungdomspsykiatri inneholder informasjon om dissosiative konversjonslidelser hos barn og unge og denne er også tatt i bruk i denne oppgaven. I tillegg er UpToDate og Store Medisinske Leksikon på nett brukt som kilde.

Sammenlagt bygger oppgaven på 18 artikler, to lærebøker, to nettsider og én faglig veileder. En oversikt over de 18 artiklene, deres metoder og resultat er presentert i Appendiks 2.



## 3 Resultater

Av de 23 referansene oppgaven bygger på, ses følgende resultater:

### 3.1 Behandlingsmåter benyttet i behandling av barn med dissosiative konversjonslidelser

I Tabell 3 på neste side finnes en oversikt over behandlingsmetodene nevnt i de ulike artiklene.

I tillegg til terapiformene som i seg selv er definert som behandling, eks. EMDR, medikamenter og hypnose, har også «terapiformer» som å oppnå god allianse og å la pasienten bli frisk uten å miste ansikt blitt tatt med i tabellen. Dette er fordi mange av artiklene vektla disse forutsetningene for god terapi vel så mye som de har vektlagt selve terapien. Flere har påstått at man kan ha gode resultater ved mange ulike terapiformer og at det viktigste er å møte gode terapeuter. De bør være interesserte i pasienten, ta hensyn til de individuelle forskjellene og finne en tilpasset behandlingsform og ha evne til å skape terapeutisk allianse ved å være åpensinnede, fleksible, kreative i bruk av et variert utvalg av tilgjengelige teknikker, milde, empatiske, ikke-dømmende og lyttende[1].

Den terapeutiske alliansen som tillater pasienten å bli bedre med verdighet og uten å miste ansikt, er en essensiell del av behandlingen. Det må unngås at personale responderer på ikke-terapeutiske måter, som å avfeie hjelpen pasientene trenger mens de ligger inne. Pasienten trenger hjelp til å akseptere at symptomene deres kommer fra en psykiatrisk, ikke en nevrologisk, lidelse. De trenger også hjelp til å akseptere psykiatrisk behandling[5].

For å kunne oppnå god behandling, bør man både ha klart for seg hva som er målet med behandlingen og hvilke metoder som er best å bruke.

**Tabell 3 - De atten artiklene og terapimetodene nevnt**

	Diseth 2005	Hurwitz 2004	Moene 2003	Poole 2010	Ruddy 2005	Garraalda 1999	Bloom 2001	Jans 2008	Nicholson <sup>a</sup> 2001	Fritzsche 2013	Khattak 2006	Huynh 2008	Honaker 2010	Siket 2011	Kanaan <sup>a</sup> 2009	Ataoglu 2003	Moene 2002	Kroenke 2007
<b>Hypnose</b>	✓		✓		✓	✓				✓	✓	✓		✓			✓	✓
<b>Farmakoterapi</b>	✓	✓				✓				✓	✓		✓	✓		✓	✓	
<b>Psykoterapi*</b>	✓	✓			✓	✓				✓	✓		✓	✓			✓	
KAT	✓	✓			✓	✓				✓	✓		✓	✓				
Psykodynamisk terapi	✓									✓	✓						✓	
Psykoedukasjon										✓	✓		✓	✓				
Atferdsterapi	✓										✓			✓			✓	
<b>Familieterapi</b>	✓	✓			✓	✓	✓							✓				
<b>Fysioterapi</b>		✓			✓	✓							✓				✓	
<b>Utelukke annen/somatisk sykdom</b>	✓	✓				✓							✓					
<b>Paradoksal intensjonsterapi</b>					✓						✓					✓		✓
<b>Terapeutisk allianse</b>	✓	✓					✓											
<b>Mulighet til å bli frisk uten å tape ansikt</b>		✓					✓				✓							
<b>Samarbeid</b>	✓					✓				✓								
<b>Kommunisere diagnosen på en god måte</b>		✓								✓				✓				
<b>Narkoanalyse og narkosuggesjon</b>		✓		✓	✓													
<b>Biofeedback</b>	✓										✓						✓	
<b>Elektrokonvulsiv terapi</b>		✓			✓													
<b>Tidlig intervensjon</b>							✓	✓										
<b>Innleggelse</b>	✓				✓													
<b>Ergoterapi</b>						✓												
<b>Oppfølging etter bedring</b>								✓										
<b>Individuelt opplegg</b>										✓								
<b>Behandling av primær psykisk lidelse</b>		✓																
<b>Operante prosedyrer</b>											✓							
<b>Transkranial magnetisk stimulering</b>											✓							
<b>EMDR</b>	✓																	
<b>Leketerapi</b>	✓																	
<b>Kunstterapi</b>	✓																	
<b>Gruppeterapi</b>														✓				

<sup>a</sup> flere underkategorier; <sup>a</sup> sier ingenting om behandling

## 3.2 Behandlingsmål/-retningslinjer

Behandlingsretningslinjer[1]:

- Hjelp barnet med å oppnå fysisk trygghet ved å umiddelbart skaffe et trygt miljø. Dette er det primære mål som overgår alt annet terapeutisk arbeid.
- Klarere pasienten for nevrologisk sykdom. Det er også viktig at ethvert nytt symptom må få adekvat medisinsk utredning og ikke avskrives som «mer av det samme»[5].
- Hjelp barnet å oppnå en følelse av integrering av emosjoner, kognisjon og assosierte atferd. Det terapeutiske målet er å øke barnets oppmerksomhet for følelsene og ansvar for den assosierte atferd.
- Forsterke motivasjon for utvikling og fremtidig suksess og hjelp barnet å tro på egne evner og potensiale.
- Opprettholde en positiv holdning om muligheten for rask bedring. De fleste tilfellene av alvorlig dissosiasjon hos barn og ungdom er ikke så vanskelige og langvarige som de voksnes.
- Fremme selvaksept av atferd og kunnskap om dissosierte følelser som ses på som uakseptable, fasilitert av for eksempel gestaltteknikker og å gi stemme til et variert utvalg av motsatte følelser.
- Hjelp barnet å løse følelser i konflikt, ønsker, lojaliteter, identifiseringer eller motstridende forventninger fasilitert av eksempelvis spesifikk lek, fantasi- eller hypnoseteknikker.
- Desensitisere traumatiske minner og korrigere lærte holdninger til livet som er resultat av traumatiske hendelser, fasilitert med for eksempel EMDR (se avsnitt 3.3.4), forestillingsbilder eller hypnoseteknikker.
- Fremme autonomi og oppfordre barnet til å regulere og uttrykke følelser selvstendig og til å selvregulere tilstandsendringer, fasilitert av for eksempel KAT-teknikk (se avsnitt 3.3.1)

- Fremme sunne tilknytninger og forhold gjennom direkte uttrykking av følelser.

Ved dissosiative konversjonstilstander bør pasienten få en spesifikk traumefokusert terapi. Før iverksettelse av dette vil barnet oftest ha nytte av hjelp til affekt-stabilisering/-regulering/-toleranse med tanke på relasjonsoppbygging (trygg terapeutisk relasjon), psykoedukasjon (stress-kropp), positive forestillingsbilder ("safe-place") samt innlæring av spesifikke teknikker med mål å dempe og få kontroll over traumatiske minner/tanker, angst og unngåelsesreaksjoner. Disse spesifikke teknikker består av ulike forestillings- og distraksjonsteknikker. Når pasienten først har fått hjelp med affektstabilisering, kan ulike spesifikke terapimetoder anvendes[4].

Det er enighet om at mål for behandling av konversjonssymptomer fremdeles er å avdekke traumet og å jobbe gjennom det med å introdusere nye rammer og strategier for mestring og kontroll. Dette gjør det mulig å uttrykke følelser og behov på en mer egostyrkende måte[1]. Det kan for øvrig se ut til at innsikt ofte er mer anvendelig for å forsterke/opprettholde symptomlette når det har funnet sted, enn for å initiere det[14]. Fokus bør flyttes fra somatisk representasjon til det psykologiske problemet i et tempo som er akseptabelt for både barn og foreldre. Målet er å fjerne de somatiske symptomene uten å skape nye[1].

Det er viktig at terapeuten tar tak i de traumatiske opplevelsene i riktig tempo og på riktig måte. Dersom opplevelsene tas fram uten å tilby pasienten verktøy for affektregulering, kan barnet lett bli overveldet igjen, retraumatisert og enda mer dissosiativt. Oppdaterte behandlingsmodeller legger vekt på titrering av behandlingsprosessen og utvikling av egenkapasitet, egenskaper, funksjonsnivå, stabilitet og trygghet før direkte arbeid med traumet. Pasienten trenger hjelp til å skape mening i nye og gamle opplevelser, lage en bro mellom emosjonell og kognitiv prosessering, få kontroll over de ulike tilstander og raske humørsvingninger og få tilbake kontroll på hukommelsen[1]. Behandling hviler på å skaffe en alternativ og mer adaptiv løsning til disse ubevisste kreftene[14].

Det å utforske pasientens mentale status er en prosess som pågår gjennom hele behandlingen, med mål om å identifisere og bekrefte den underliggende primære psykiatriske lidelsen. Denne er ofte lettere å finne ved konversjonslidelser som har pågått over kort tid[5].

## **Sari-modellen**

Sari-modellen er en integrert intervensjon som kombinerer flere ulike behandlingsteknikker. Den fokuserer på fire punkter, som er viktige i behandlingen av pasienter med dissosiativ konversjonsslidelse[1]:

1. Trygghet og stabilisering
2. Tilgang til traumet
3. Bearbeide traumet og restabilisering
4. Personlighetsintegrering, ny identitet

### **3.2.1 Strukturert behandlingsopplegg**

Det er viktig å strukturere behandlingsopplegget. Dette innebærer å kartlegge de presise daglige variasjonene i alvorlighet og handicap forårsaket av symptomene. Det kan være til hjelp med en dagbok over symptomepisoder eller tidsvariasjoner i grad av symptomer. Dagbok over naturlige funksjoner som spising, søvn, hvileperioder og aktivitet, er til hjelp. Ydmyke initielle mål blir satt ved å bruke referansedagbøker for å øke normalisering av aktiviteter, spising, søvn, sosiale aktiviteter og skoleoppmøte[7].

Det er viktig å legge vekt på gradvis tilnærming, forutsigbarhet og kontinuitet. Ukentlige terapiøkter i tidlige stadier kan være til hjelp for å identifisere og vurdere mål. Forventningene vil økes i realistiske, oppnåelige trinn av normal aktivitet spredt jevnt utover dager og uker, for så å bli økt i takt med symptomatisk forbedring og barnets toleranse[7].

Søvnproblemer må ofte tas tak i. Å etablere en søvnrutine kan være en delikat oppgave. Målet for barnet er å prøve å forholde seg til en fast tid det legger seg og står opp. Hviling i senga på dagtid bør unngås så mye som mulig og «høneblunder» bør reduseres. Dersom barnet ikke kan sove på grunn av smerter, må utviklingen av søvnrutine bli komplementert med teknikker for lindring og mestring, og hjelp fra foreldre er viktig. Reseptfrie smertestillende kan være til hjelp. Sterkere smertestillende skal diskuteres med den involverte allmennlege eller pediater[7].

Matvaner kan bli dårlige og vektnedgang kan være en stor bekymring. Magesmerter, kvalme og stemmeopplevelser kan være grunnen, men dårlig appetitt kan også være på grunn av depressivitet. Bedring av matvaner kommer ofte sekundært til forbedringer av somatiske symptomer og assosiert frykt. Det er bra å forutse tilbakefall og ujevn progresjon, planlegge måter å mestre dette på og unngå mismot. Aktiviteter bør ikke økes i perioder med tilbakefall[7].

### **3.3 Behandlingsmetoder**

Når man har funnet ut hva som er målet, gjelder det å finne riktig middel. Videre presenteres de ulike behandlingsmetodene.

#### **3.3.1 Psykoterapi**

Psykoterapi er en fellesbetegnelse for behandling av psykiske lidelser, belastninger og konflikter som anvender samtale som det viktigste terapeutiske prinsipp[15].

I prospektive studier er det funnet at psykoterapi minsker frekvensene av psykogene anfall med minst 50% eller eliminerer dem fullstendig i 50% til 80% av tilfellene[9].

#### **Kognitiv atferdsterapi**

Kognitiv psykoterapi er psykologisk behandling som legger størst vekt på en persons bevisste tanker og hvordan disse kan fremkalle og opprettholde symptomer. Ved atferdsterapi er behandleren opptatt av synlig og målbar atferd[15].

En dissosiativ pasient har atferd, affekter, sansning og kunnskap assosiert til den traumatiske hendelsen, men koblingene mellom disse er feil. Kognitive terapeuter vil peke på denne mangelen på mening[1]. Intervensjoner i kognitiv atferdsterapi er blant annet å kartlegge tidlige varselsignaler for anfall av kognitiv, emosjonell, somatisk og atferdsmessig art, å øke kontroll over dissosiasjon ved å lære å kontrollere fokus, å senke emosjonell sårbarhet ved å lære hvordan man lever en sunn livsstil med sunne matvaner og nok trening og søvn, å lære teknikker for problemløsning, å trene på sosial kompetanse, å redusere unngåelsesatferd med eksponeringsterapi, å bedre emosjonell kontroll ved å lære strategier for å regulere følelser og anspenthet og re-evaluering av sykdomsforståelse[7, 9, 16]

Traumatiserte barn kan ofte ha Early Maladaptive Schemas, EMS. Dette er brede, gjennomgripende, dysfunksjonelle forståelser angående en selv og ens forhold med andre, utviklet i barndommen og utviklet gjennom livet. Ved å lage en livslinje vil hver hendelse måtte bli reorganisert med ny mening og kontekst. EMS blir reorganisert ved kognitiv terapi[1].

## **Psykodynamisk terapi**

Psykodynamisk terapi er samtaleterapi hvor behandler fokuserer på indre konflikter og selv- og objektsrepresentasjoner[15]. Den psykodynamiske modellen understreker behovet for affektregulering og utvidet affekttoleranse, og legger vekt på forholdet mellom terapeut og pasient som hovedverktøyet. Nøkkelen er først å etablere en intern trygg base for tilknytning. Terapeuten er den trygge basen som er tenkt til å erstatte arbeidsmodeller av mishandlende eller neglisjerende omsorgstakere. Etter dette etableres affekttoleranse ved terapeutens stødige og konsistente tilstedeværelse og ikke-dømmende tolkning og holdning[1].

### **3.3.2 Hypnose**

Hypnose er en søvnliggende tilstand hvor bevisstheten innsnevres og øvrige sanseinntrykk stenges ute. Den hypnotiserte bevarer kontakt med hypnotisøren, og mottageligheten for inntrykk fra denne (sugestibiliteten) er økt. Hypnose kan også fremkalles av personen selv gjennom bestemte, tillærte konsentrasjonsteknikker som innsnevrer bevisstheten (autohypnose)[15].

Den hypnotiske tilstanden oppnås ved å bruke en induksjonsprosedyre. Klinisk hypnose starter vanligvis med å introdusere avslapning og mental bildedannelse. Når pasienten er i hypnose, begynner terapeuten med ulike suggesjoner. Dette er verbal kommunikasjon som skiller seg fra dagligdagse instruksjoner ved at de impliserer en vellykket respons og oppleves uanstrengte av den hypnotiserte. De kan være konkrete, imaginative, regressive eller egoforsterkende. De kan ses på som terapeutiske nøkkelbeskjeder[17].

Første steg er ofte en didaktisk økt der barnets og foreldrenes tanker om hypnoterapi avdekkes: bekymringer kartlegges, misforståelser oppklares og myter avkreftes. Andre steg involverer vurdering av hypnotiserbarhet. Dette kan også ses på som en øvelse der barnet får oppleve, og lærer om, hypnose. Steg to innebærer ofte også evaluering av barnets motivasjon

for endring. Tredje steg er å velge en induksjonsmetode ut ifra hva man har funnet i vurderingene. Steg fire består i at terapeuten velger suggesjoner, nøkkelbeskjeder, som virker viktige å kommunisere til pasienten. Terapeuten møter barnet regelmessig og de jobber sammen med induksjoner og suggesjon, ofte i kombinasjon med andre terapeutiske tilnærminger. Femte steget er å lære barnet selvhypnose. Hypnosen brukes til symptomstabilisering og –fjerning, avdekking og integrasjon[17].

Bruken av hypnose i behandlingen av konversjonsslidelser gir en unik mulighet til å lage en alternativ løsning på problemer i livet i en akseptabel kontekst for endring. Familie og pasient ser ofte på hypnose som hverken kun medisinsk eller kun psykologisk behandling. Dette gir pasienten mulighet til å bli bedre uten å måtte bestemme om problemene var psykiske eller fysiske[14].

Traumatiske hendelser kodes i en spesiell emosjonell tilstand. De er derfor ikke alltid tilgjengelige ved bare kognitive tilnærmingsmåter. Her kan hypnose være til hjelp, gjerne i kombinasjon med kognitiv terapi[1].

Barn hypnotiseres lettere enn voksne og hypnoterapi som metode responderer på det basale utviklingsmessige behovet barn har ved å adressere deres evne for fantasi og forestillinger[17].

### **3.3.3 Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR**

EMDR er en psykoterapiform som bygger på et prinsipp om at en person sjelden vil klare å ha oppmerksomheten vendt mot ubehagelige følelser og hendelser samtidig som vedkommende skal rette oppmerksomheten mot et følelsesmessig nøytralt stimulus[15]. Bilateral stimulering skal lede til en rask venstre-høyre integrert prosessering, og integrering mellom persepsjon, kroppslige sansninger og følelser. EMDR starter med en arousalreducerende teknikk (trygt-sted-øvelse) og man må bruke mye tid på å gi pasienten de nødvendige ressurser før man jobber med minner. Etter dette plukker man ut et spesifikt minne med alle sanser til stede og den negative emosjonen assosiert. Det negative kognitive skjema (se EMS, avsnitt 3.3.1) som er koblet til det er identifisert (eks. «Jeg kan ikke stole på noen, jeg er en forferdelig person»). Det motsatte positive kognitive skjema er formulert og man rangerer hvor sant de to skjemaene oppleves fra 1-10. Siden blir et sett med bipolar stimulering introdusert. Videre fortsettes det med fri assosiasjon med rangerte verdier for affektiv stressrespons, kroppslige



sensasjoner og hvor sant de positive kognitive skjemaene rapporteres. Dette fortsetter til man har oppnådd eierskap av de positive skjemaene og tilfredstillende lavt nivå av emosjonelt stress.

Det har vært flere randomiserte kontrollerte studier på EMDR med gode resultater. Metoden har lenge vært omstridt, til tross for god vitenskapelig dokumentasjon. EMDR er brukt mye i traumebehandling, men en del terapeuter bruker det også for å bearbeide «normale», vonde minner som kan komme i veien for folk i dagliglivet. Ved behandling av dissosiative lidelser kan det brukes både for å behandle situasjonen pasienten er i nå, og for å bearbeide et eventuelt traume man får avdekket[18].

### **3.3.4 Farmakoterapi**

Legemiddelbehandling av traumerelaterte symptomer innebærer å velge målrettede medisiner mot spesifikke symptomer. Medisiner kan brukes for å redusere gjenopplevelsessymptomer, hyperarousalsymptomer og unngåelsessymptomer og å behandle komorbide tilstander som angst, insomni, alvorlig depresjon, PTSD, somatoforme lidelser, spiseforstyrrelser og psykose. Det anbefales ikke farmakoterapi for minnegjenkalling. Det er ikke utført kontrollerte studier for bruk av medisiner for de spesifikke dissosiative symptomene hos barn, ungdom eller voksne. Med unntak av depersonalisering, har dissosiative symptomer vist seg å være medikamentresistente. Antidepressiva kan være til hjelp hvis det er assosierte depressive trekk. Deres sedative effekt er også til hjelp. SSRI kan hjelpe mot gjenopplevelsessymptomer som flash-backs, påtrengende tanker og mareritt, hyperarousalsymptomer og unngåelsesatferd i tillegg til komorbide symptomer som depresjon, panikk, angst, tvangstanker og -handlinger. De blir nå brukt mer enn trisykliske antidepressiva[7]. Antiadrenergika kan brukes mot hyperarousalsymptomer som ikke responderer på SSRI[1]. Narkotiske analgetika, som tas for å dempe ikke-organisk smerte som kan komme sammen med psykogene nevrologiske symptomer, må seponeres[5].

Pasienter med konversjonslidelse vil ofte få uvanlige bivirkninger av medisiner, delvis knyttet til deres motvillighet til å akseptere at de har en psykiatrisk lidelse. Man må derfor starte med lave doser og titrere opp. Målet er å gi antidepressiva i adekvate doser med adekvat varighet, liknende det man gir ved andre affektive lidelser. Nevrologiske symptomer som ikke blir bedre med antidepressiva alene, burde behandles med nevroleptika. Hvis dette heller ikke fungerer, kan elektrokonvulsiv terapi tilbys[5].

### 3.3.5 Narkoanalyse

Narkoanalyse er en psykiatrisk undersøkelse av en person under påvirkning av et angstdempende og lett sløvende middel[15].

Dette og narkosuggesjon er beskrevet for å initiere nevrologisk bedring hos pasienter med fastgrodd konversjonssymptomer [5]. Metylfenidat 5 til 15 mg administreres peroralt. Tretti minutter senere, administreres amobarbital intravenøst med 50mg/minutt inntil pasienten utvikler nystagmus og/eller dysartri. Pasienten oppfordres så til å gjenvinne viljestyrt kontroll gjennom visuelle bilder og suggesjon. Narkoanalysen filmes og gås gjennom med pasienten dagen etter. Filmet nevrologisk bedring, uansett hvor liten, bekrefter at symptomene har en psykologisk basis. Narkoanalysen repeteres ukentlig over flere uker, forutsatt nevrologisk bedring med hver prosedyre. Bedringen i nevrologisk funksjon kommer sakte og finner sted over dager, uker og måneder. Bedringen forsterkes med fysioterapi og fysiske hjelpemidler fra en fysioterapeut som er kjent med psykogene nevrologiske symptomer. Narkoanalyse kan også være til hjelp med å avdekke den underliggende primære psykiatriske lidelsen[5].

### 3.3.6 Familieterapi

Familieterapi er psykologisk behandling (vanligvis) rettet mot en kjernefamilie (foreldre, barn). I familieterapi ses atferd og symptomer hos ett eller flere medlemmer som en del av et komplekst familiesystem. Behandlingen skiller seg dermed fra andre terapiformer ved å fokusere på familien som system og ikke på det enkelte individ[15].

Tidlig engasjement av familien er avgjørende for terapeutisk suksess[7]. Dette bør inkludere eksplisitt erkjennelse av styrkene til barnet og familien og synliggjøring av viktigheten av partnerskap mellom pasient, familie, leger, andre klinikere og skolen. Det er viktig å legge vekt på at de fleste barn blir bra fra funksjonshemmende tilstander, men det er også viktig å få fram at behandling ikke vil lede til at problemet umiddelbart forsvinner. Det er viktig å lære å leve med problemet[7].

Foreldrene bør bli gitt en bedre forståelse av barnet og lidelsen gjennom veiledning og råd. Dette kan hjelpe dem å tilnærme seg barnets følelsesmessige situasjon og behov, redusere og justere kravene til barnet etter dets evner og til å avdekke familiens eller foreldrenes egne emosjonelle problemer[1]. Familieterapien kan inneholde opplæring om dissosiasjon, spesifikk veiledning om oppdragsstrategier, familietimer for å oppmuntre familien til å

akseptere alle aspekter av barnet, til å bedre familiens kommunikasjon og til å hjelpe foreldrene til å prosessere skyldfølelse eller benektelse av traumatiske hendelser. Familiearbeid for å skape tilknytningsopplevelser blir også lagt vekt på. Erkjennelse og beklagelse for mangel på beskyttelse er en grunnleggende start for mye av familiearbeidet[1].

Tilstedeværelsen av somatiske symptomer i barnet kan få et stort fokus og mye oppmerksomhet i familien og skaper stor bekymring. Reduksjon i oppmerksomhet, distraksjonsteknikker og å unngå av hyppige og lange betryggelser hjelper. Det tar ofte tid før foreldrenes bekymring er redusert nok til å utføre dette. At barnet får nok oppmerksomhet når det ikke har smerter eller ubehag kan hjelpes ved å sørge for «sammen-tider» med hyggelig aktiviteter i symptomfrie perioder.

Det er veldig viktig for familiene å føle at deres bekymringer for fysiske symptomer blir hørt. Det er derfor vesentlig at man ikke hopper rett til det psykiatriske, men tar de fysiske symptomene på alvor og utfører de nødvendige tester[7].

### **3.3.7 Fysioterapi**

Pasienter med konversjonsslidelse trenger ofte rehabilitering eller fysioterapi for å motvirke eventuelle somatiske sideeffekter av lidelsen, for eksempel smerte, muskulær atrofi, ødem eller dårlig sirkulasjon på grunn av immobilitet eller passivitet. Barn som bruker krykker eller rullestol, bør få hjelp for å øke aktivitetsnivå og redusere negative seneffekter som abnormale positurer, bevegelser eller holdninger. Fysioterapien består av kartlegging av symptomene, rehabilitering og øving på dagligdagse aktiviteter. Det er viktig for fysioterapeuten å være klar over tilstandens natur og akseptere at å bedre barnets selvtillit, engasjement og velvilje er nøkkelfaktorer for tilfriskning. Progresjon skjer ofte sakte i de initiale stadier av behandlingen og hvis forventningene overstiger barnets nivå av selvtillit eller aksept kan det resultere i tilbakefall[19].

Det er ingen systematiske studier om fysioterapiintervensjon for konversjonsslidelse, men case-series og case-reports har vist positive resultater. [3]

### **3.3.8 Paradoksal terapi**

Paradoksal intensjon (PI) er teknikker der terapeuten tilsynelatende promoterer forverring av problemet i stedet for tilfriskning[20]. Eksempelvis kan inneliggende pasienter bli bedt om å oppføre seg symptomatisk i ukjente omgivelser, noe som vil fjerne/forstyrre forholdet mellom kontekst og symptom. Pasientene kan også oppnå innsikt ved at de ser sine egne symptomer i andre pasienter, og kan etter hvert forholde seg til sykdommen på en humoristisk måte. Pasientene kan bli bedt om å prøve å framprovosere alvorlige konversjonsanfall som er relatert til en traumatisk hendelse flere ganger om dagen, og pasienten kan dermed oppnå desensitivisering til deres angstrelaterte problem og tilfredstillelsen av symptomene. Dette kan gjøre at pasienten får en holdningsendring overfor symptomene. [20]

PI er en kortvarig, billig form for psykoterapi som kan gi god innsikt og effekt, selv om den ikke jobber direkte med den primære konflikten eller utfordringen. Den kan gi en følelse av selvtillit og kontroll over problemet[20].

### **3.3.9 Andre behandlingsmetoder**

Innleggelse kan være nødvendig hvis det dissosiative barnet eller ungdommen har farlig, selvskadelig eller destruktiv atferd, eller er i risiko for flere traumatiske hendelser, og trenger et trygt miljø for en kompleks behandling. Pasienter med kroniske og fastgrodde konversjonssymptomer trenger stort sett å bli innlagt et sted som har erfaring med konversjonsslidelser. De kan få en akutt psykiatrisk dekompensasjon når de nevrologiske symptomene forbedres[5].

Kunstterapi kan være nyttig i kombinasjon med psykoterapi i noen tilfeller, men må balanseres mellom kunst som oppfordrer til mestring og kunst som kan være regressiv og bli en form for traumatisk rekonstruksjon og ikke traumbearbeiding. Gruppeterapi kan være nyttig, spesielt med psykoedukativ orientering. Spesialopplæringstiltak kan være aktuelt hvis de dissosiative symptomene påvirker evnen til akademisk funksjon.

### **3.3.10 Randomiserte kontrollerte studier (RCT)**

Moene gjorde to studier på hypnose (se avsnitt 3.3.2) av pasienter med psykogene anfall, Moene 2002 og 2003. Hypnosen bestod av to strategier: symptomorientert med direkte og

indirekte påvirkning av symptomer med operant betinging-teknikker og cue conditioning og ekspresjons- og insiktsorientert strategi der man utforsker den antatte årsaken til symptomene eller stressende hendelsen som tilsynelatende initierte symptomene. Det var også opplæring i selvhypnose som pasienten skulle gjøre 30 min hver dag[13, 19]. I begge studier ble resultatene vurdert etter Video Rating Scale for Motor Conversion Symptoms (VRMC) der det blir filmet før og etter behandling og gitt en skår for hvor mye endring det har vært mellom videoene. Det ble også brukt International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH), som er et intervju om fysiske symptomer, daglig funksjon, sosiale, mentale og kommunikative aktiviteter. I tillegg så de på Symptom Checklist-90 (SCL-90), som er et selvrapporteringsystem på nivå av psychonevrotisisme[13, 19].

I Moene 2002 sammenlignet de en kontrollgruppe som fikk «Comprehensive Treatment Programme for In-Patients with Conversion Disorder Motor Type» med intervensjonsgruppe som fikk det samme, inkludert hypnose. Behandlingen begge grupper fikk bestod i behandling på en psykiatrisk avdeling av et team bestående av sykepleier, gruppeterapeut, kreativ-terapi-terapeut, sportsterapeut og en fysioterapeut. Det innebar psykoterapi, trening på sosiale ferdigheter, planleggingsgruppe, kreativ terapi og sport. Det fokuserte på å øke pasientens problemløsningskapasitet ved atferds- og kognitive teknikker, i tillegg til å stimulere dem til å gjenkjenne forholdet mellom symptomene og problemområder de hadde. Det var gruppeterapi og individuell terapi. Hypnosenbehandlingen var en time i uka i åtte uker. [19]. Resultatene viste at den behandlingen begge grupper fikk hadde god effekt på symptomene målt med VRMC og ICIDH, men ikke ved SCL-90. Hypnosen gav ingen ekstra effekt[19].

I Moene 2003 sammenlignet de to grupper der den ene hadde fått hypnosebehandling og den andre fremdeles ventet på behandlingen. Kontrollgruppa fikk samme behandling etter sammenligningen ble gjort. Behandlingen var et 10-ukers opplegg med ukentlige økter. Det ble funnet signifikante resultater for god effekt hypnose som behandling av pasienter med konversjonslidelser, motorisk type. Det var spesielt effektivt for å redusere symptomer og IMPAIRMENTS av fysiske, sosiale og dagligdagse aktiviteter målt med VRMC (Video-greier) og på intervju (ICIDH). Forbedringene var fremdeles til stede ved 6-måneders-kontroll. Det var en klar reduksjon også hos dem som hadde hatt symptomene over år. [13]

Ataoglu 2003 gjorde en studie for å sammenligne paradoksall intensjonsterapi (heretter PI, se avsnitt 3.3.8) terapi med diazepam i behandlingen av psykogene anfall. Pasientene ble rekruttert ut fra de pasientene som kom til akuttmottak med slike anfall. De ble vurdert etter

DSM IV-kriterier og pasienter med komorbiditet i form av alvorlige psykiatriske diagnoser ble ekskludert. De som mottok PI-behandling ble lagt inn og fikk behandling minst to ganger om dagen. Pasientene som fikk diazepambehandling fikk poliklinisk oppfølging med optimalisering av doser på dag 10, 20, 30 og 45. Angst og anfall ble vurdert ved endt behandling (etter 6 uker). Angst ble målt etter Hamilton Rating Scale for Anxiety. Anfall ble vurdert ved at de som ikke hadde hatt anfall de siste to uker ble vurdert som «well-responders». Resultater: Angsten var redusert i begge grupper, men mer signifikant i PI-gruppen enn diazepam-gruppen. 93,3% (14 pasienter) i PI-gruppen hadde ikke anfall de to siste ukene. 60% (9 pasienter) hadde ikke anfall de siste to uker i diazepam-gruppen[20]. Ikke-signifikant forskjell i anfall, signifikant forskjell i angst[10].

Khattak 2006 randomiserte personer med dissociativ konversjonslidelse med psykogene anfall i grupper og sammenlignet grupper som fikk standard behandling med medisiner og informasjon med gruppen som fikk ren atferdsterapi. Denne innebar trygging og forklaring av symptomene i atferdsmessige termer. Tiltak var bl. a. å forklare for familie om mulige fysiske basis for symptomene, å gjøre relevante undersøkelser og farmakoterapi for ko-eksisterende fysiske og psykiatriske symptomer. Positiv forsterkning ble brukt i form av verbal ros for bedring i symptomer og å ta kontroll over symptomene. Pleiepersonell ble trent og instruert i å oppmuntre ved minket antall anfall og ignorere gjentakende symptomer. Pasientene fikk privilegier ved bedring. Negativ forsterkning ble brukt ved å innskrenke privilegiene. Sykdomsatferd ble motvirket ved at de ikke fikk bruke senga unntatt ved søvn.

Ved utskrivelse var den relative frekvensen av anfall 0,660. Ved første oppfølging var den redusert til 0,494. På siste oppfølging, etter en måned, var det økt til 0,577. Det var signifikant forskjell ved alle tre månetider. Det var også signifikant forskjell i hva pasientene skårte på angst-skåringer og depresjonsskåringer[2].

## 4 Diskusjon

### 4.1 Hvorfor vet vi så lite?

Det er lite litteratur om behandling av dissosiative konversjonslidelser hos barn og unge. Som vist i Appendiks 1, er det få av artiklene som ligger til grunn for denne oppgaven som omhandler hele temaet. Også hvis man ser bort fra aldersgruppen, er det mer teorier enn kunnskap om behandling av disse lidelsene.

Det kan være ulike årsaker til dette. Det er åpenbart at det er for få studier som er utført. Problematiske diagnosesetting kan bidra til dette, ved at litteratur blir vanskelig sammenlignbart og trolig påvirkning av interessen for lidelsene.

Problemet er ikke bare kvantitet, men også kvalitet. Flere artiklene som finnes om temaet er ikke gode nok til å trekke konklusjoner fra. Studiene som er gjort har få pasienter og inkonklusive resultater. I tillegg kan det være stor variasjon i utførelsen av terapien siden behandlingsmetodene i stor grad er psykososiale intervensjoner.

Svakheter ved litteratursøket kan gjøre at denne oppgaven ikke klarer å gi et godt nok svar på hvilke(n) behandlingsmetode(r) som er best egnet i behandlingen av dissosiative konversjonslidelser hos barn og unge.

#### 4.1.1 Tillit til diagnosen

Konversjonslidelser er et relativt neglisjert felt innenfor både somatikk og psykiatri. En studie fra 1965 av Slater fulgte mange pasienter med diagnosen «hysteri», og det viste seg at et signifikant antall hadde feildiagnostiserte nevrologiske lidelser. [6] Denne studien kan ha bidratt til mistro til diagnosen dissosiativ konversjonslidelse[1]. Konklusjonen var at de fleste hysteriske tilstander med tiden ble utviklet til nevrologisk lidelse. Denne artikkelen hadde stor innflytelse og skapte stor skepsis til konversjonslidelse som diagnose. Dette synet har nå blitt forkastet og konversjonslidelse er nå sett på som en relativt stabil psykiatrisk diagnose, ofte med dårlig prognose[12].

#### 4.1.2 Problematiske diagnosesetting

Diagnosen konversjonslidelse er problematisk[6]. Siden leger har differensiert symptomene fra nevrologisk («organisk») sykdom, blir det antatt å være en psykologisk lidelse. Men den psykologiske mekanismen er fremdeles uvisst. Selv om feildiagnostisering av nevrologisk sykdom som konversjonslidelse er uvanlig, er det fremdeles en bekymring for klinikere, spesielt for psykiatere som kanskje ikke er klar over hvordan nevrologer kan ekskludere organisk lidelse. Diagnosen skiller seg ut i psykiatrien da diagnosesystemet forutsetter at simulering blir ekskludert, og at symptomene kan forklares psykologisk. I praksis er det veldig vanskelig å enten bekrefte eller avkrefte simulering, og psykologisk forklaring kan ikke alltid bli funnet. [6]

Både ICD-10 og DSM-IV har fire nøkkelkarakteristika i diagnosekriteriene[6]:

1. Nevrologiske symptomer som involverer motoriske eller sensoriske symptomer eller tap av bevissthet
2. Ingen evidens av organisk (nevrologisk) sykdom som kan forklare symptomene
3. Assosierte psykologiske stressorer (relevante for symptomdebut)
4. Bevisst simulering er ekskludert

Det er ikke alltid like lett å oppfylle disse kriteriene. En spørreundersøkelse med 519 nevrologer angående psykogene bevegelseslidelser viste at kun 18% anga å måtte ha evidens for en emosjonell forstyrrelse for å stille diagnosen[6]. Pasienter med konversjonslidelse blir ofte sendt tilbake til somatikken fra psykiatrien med beskjed om at det ikke er blitt funnet noen psykiatrisk lidelse og spørsmål om det kan være noe organisk likevel. Dette kan reflektere forsiktighet rundt diagnosen, at psykiatere ikke tenker på diagnosen eller det kan representere en utfordring til antakelsen om at psykologiske faktorer er identifiserbare eller relevante til debuten og etiologien av denne lidelsen[6].

Kravet om å utelukke simulering er også utfordrende. Siden presentasjonen kan være helt lik, kan det ikke skilles på sympombildet. Det betyr at det å kunne skille det koker ned til vår evne til å tolke pasientens motivasjon – å avsløre løgn. Det er evidens som viser at de som lyver har overtaket på løgndetektorer. Den eneste definitive metoden for å differensiere simulering og konversjonslidelse er en direkte erkjennelse fra pasienten eller at man avslører



atferd som ikke kunne vært ubevisst eller et resultat av «en god dag», eksempelvis at man ser en «paralysert» pasient spille fotball[6].

Siden symptomene utarter seg som nevrologiske og organisk årsak må utelukkes, er det nevrologene, og ikke psykiaterne, som stort sett møter disse pasientene først. Dermed vil det ha mye å si hvordan nevrologenes holdning er til pasientgruppen og diagnosen. Kanaan gjorde en studie der de hadde dybdeintervjuer om konversjonslidelse med spesialister i nevrologi. Cirka halvparten så simulering som en del av symptombildet til konversjonslidelse og de fleste beskrev det som vanskelig å skille det fra hverandre. De stolte mest på evidens på inkonsekvens, enten passivt observert eller «lurt fram»[21]. Oppsummert så nevrologene på konversjonslidelse som en alvorlig uforklart lidelse der en nevropatologisk forklaring var usannsynlig å finne. De anerkjente at det sannsynligvis var en psykologisk forklaring, men følte ikke at det var deres anliggende. De syntes også at skillet mellom konversjonslidelse og simulering var mye mindre klart enn de psykiatriske manualene ville si, men følte, igjen, at distinksjonen ikke var så viktig[21]. En del holdninger kom fram ved at de gav eksempler på konversjonslidelse som inneholdt simulering eller at de brukte språk som «ikke ekte» om symptomene til pasientene[21].

Hovedforskjellen mellom diagnosen i ICD-10 og DSM-IV er hvor lidelsen er plassert. I ICD-10 er den under dissosiative lidelser, og dette sier noe om hvordan man ser på etiologien til lidelsen. I DSM står den under somatoforme lidelser. DSM tenker således at man kan ha konversjonslidelse uten at det nødvendigvis er på grunn av dissosiasjon.

I 2013 kom det en ny revisjon av DSM. I DSM V er diagnosekriteriene endret betraktelig. Både kravet om å identifisere psykologiske faktorer og å utelukke simulering er tatt bort[22]. De nye kriteriene er: 1) En eller flere symptomer av endret voluntær motorisk eller sensorisk funksjon. 2) Kliniske funn som demonstrerer inkompatibilitet mellom symptom og kjent nevrologisk eller somatisk lidelse. 3) Symptomet eller utfallet er ikke bedre forklart av en annen medisinsk eller psykisk lidelse. 4) Symptomet eller utfallet forårsaker signifikant stress, hemmer psykososial funksjon eller krever medisinsk evaluering[22]. Det blir spennende å se hva dette vil gjøre med bruken av diagnosen og med forskningen. Dette vil gjøre at ICD og DSM står enda lengre fra hverandre enn fram til nå – noe som trolig vil gjøre forskningen vanskeligere å sammenligne. Samtidig vil problemene med diagnoskriteriene diskutert over i stor grad løses der DSM brukes. Kanskje vil neste utgave av ICD ligne mer på DSM V. Diagnosen vil trolig bli mer brukt og ramme flere, på godt og vondt.

Det kan tenkes at problemene rundt diagnosesettingen kan påvirke motivasjonen til potensielle forskere og gi ekstra utfordringer med å finne riktige resultater.

### **4.1.3 Variasjon i behandling**

Informasjonen, i denne oppgaven, om hva de forskjellige behandlingsformene innebærer, er stort sett hentet fra én artikkel som har gått nærmere inn på hvordan en behandlingsform foregår, eller fra lærebøker. Det er vanskelig å vite om måten behandlingen blir utført er lik på de forskjellige stedene som beskriver effekt, eller mangel på effekt. Behandlingen er trolig mer avhengig av terapeutene enn innenfor andre fagfelt og behandlinger. Den terapeutiske alliansen, som mange av artiklene legger stor vekt på, er vanskelig å måle og vil inngå som feilkilde i studiene som gjøres på tema.

### **4.1.4 Evidens**

Litteraturen på behandling av dissosiativ symptomatologi i barn og ungdom over de siste ti år viser endring i anbefalinger over tid. Meninger uttrykkes med stor overbevisning, men ofte ikke støttet av evidens[1].

I tillegg til at det er lite litteratur om behandling av dissosiative konversjonslidelser generelt, og enda mindre kombinert med barn og unge, er den litteraturen som finnes stort sett ikke evidensbasert, og forskningen som er gjort gir stort sett ikke signifikante resultater. Mye av det som er blitt gjort, ble gjort for mange år siden og har ikke blitt verken bekreftet eller avkreftet siden. Det er likevel en del påstander som går igjen, og artiklene tegner til sammen et bilde av hva vi vet om behandling av dissosiative konversjonslidelser hos barn og unge fram til nå.

Det meste som finnes av litteratur på behandling av dissosiativ symptomatologi på barn og unge er case reports. Disse inkluderer leketerapi, kunstterapi, atferdsterapi, opplæringsteknikker, strukturerte kognitiv atferdsterapeutiske tilnærminger, affektreguleringsteknikker, guidede fantasiteknikker, hypnoterapi, familieterapi, psykofarmakoterapi og innleggelser. Det finnes ingen kontrollerte kliniske forsøk på disse intervensjonene på dissosiative lidelser i barn og unge og få studier på utfall/prognose. Det er ingen enighet om den mest effektive terapi [1]

Evidensen for behandlingsmetodene har vært case-basert og anekdotiske. I mangel på solid empirisk baserte retningslinjer for behandling, er det typisk å anbefale en multimodal tilnærming. Denne består gjerne av to behandlingsstrategier: symptomorienterte strategier som er designet for å redusere eller eliminere manifestasjonene av lidelsen og innsiktorienterte strategier som oppfordrer til gjenopplevelse av minner for innsikt og mestring[13].

Kroenke 2007 er en review over RCTer for behandling av somatoforme lidelser. Inkludert her er Moene 2002, Moene 2003 og Ataoglu 2003. Kroenke konkluderer med at resultatene i disse studiene er inkonklusive[23].

Ruddy 2004 er en review over psykososiale intervensjoner for konversjonslidelse. Etter et omfattende litteratursøk, inkludert kontakt med ledende forskere innenfor området, var det kun tre RCTer som møtte inklusjonskriteriene. De fleste andre ble ekskludert pga. feil tema eller mangel på kontrollgruppe. Disse tre studiene var Moene 2002, Moene 2003 og Ataoglu 2003. Ruddy påpeker at alle tre studiene er av dårlig metodologisk kvalitet[10]. De har alle få pasienter og er trolig for svake å finne en klinisk meningsfull effekt. Både Ataoglu og Moene 2003 mangler tilfredsstillende kontrollgruppe, da intervensjonsgruppa mottok mye mer oppmerksomhet og oppfølging enn den. I Moene 2003 er kontrollgruppa på venteliste til behandling og kan dermed ha motivasjon for å framstå dårligere enn de er, dersom de er redde for å miste rett på behandling ved bedring. 6-mnd-kontroll ble ikke utført på denne gruppa da de fikk behandling innen denne tiden[10].

Ruddy konkluderer med at RCTer går an innenfor tema, men at det ikke er mulig å trekke konklusjoner om effekt eller skade av behandling ut ifra artiklene tilgjengelig. Det bør ses på som eksperimentelt eller med svak evidens i favør av hjelp framfør skade. Reviewen trekker for øvrig fram at det er lite frafall av pasientene i intervensjonsgruppa i studiene og at dette tyder på at hypnose og PI er godtatte behandlingsmåter for pasienter med konversjonslidelse[10].

Alle RCTene innenfor temaet er gjort på pasienter med psykogene anfall. Dette er blant de vanligste symptombildene på dissosiativ konversjonslidelse og trolig lettere å diagnostisere og å måle effekt på enn andre presentasjoner av lidelsen. Det er ikke sikkert at konklusjonene er representative for andre dissosiative konversjonslidelser. For å kartlegge temaet mer, er det viktig at forskning gjøres også på pasienter med andre symptombilder.

Bruk av hypnose med suksess er beskrevet i mange ukontrollerte kassustudier[19]. Likevel kommer det ikke fram noen ekstra effekt i den eneste RCTen om hypnose som har en sammenlignbar kontrollgruppe[19]. Dette utelukker ikke at hypnose kan ha effekt, men bekrefter det heller ikke. Det kan tenkes at hypnose er en behandlingsform som har mindre effekt på disse pasientene enn antatt. Det samme kan gjelde mange andre behandlingsformer, da det meste av «evidensen» er fra erfaring og kassustudier. Det er vanskelig å vite noe om effekten før metodene er undersøkt nærmere.

## **4.2 Styrker og svakheter ved litteratursøket**

For å få best mulig resultater, må man gjøre et best mulig litteratursøk. Databasene som ble valgt til denne oppgaven var Medline Ovid og PubMed, fordi disse var anbefalt av bibliotekar på Rikshospitalet og veileder. Disse er kjente som gode databaser innenfor medisin, inkludert psykiatri.

Det er påfallende få overlappende artikler på de to søkene. Man kan få et inntrykk av at informasjonen man får om tema blir tilfeldig ut ifra hvor man leter. To av de fire RCTene kom ikke med i noen av søkene, men er funnet ved å bruke litteraturlista til artikler som kom med. Det burde trolig vært gjort mer av denne formen for artikkelhenting for å være sikrere på at all relevant litteratur var lest. Den eneste artikkelen som ble ansett som relevant som fantes begge steder var Diseths artikkel. Denne er også den artikkelen som er mest direkte rettet mot temaet og som gir mest konkrete svar på problemstillingen. Det er derfor bra at denne ble funnet i begge søk.

Det kan tenkes at uenighet om begreper og ulike diagnosesystem gjør at søket ikke blir godt nok. Kanskje blir relevante artikler lagret med ulike MESH-terms og at ikke alle kommer med dersom forfatter har brukt begreper som ikke fanges opp av søkeordene. Samtidig kommer det mange artikler som handler om temaer langt utenfor oppgaven. Flere av artiklene skriver om flere diagnoser, og det er vanskelig å skille hva de mener gjelder for akkurat de dissosiative konversjonslidelsene og hva som eksempelvis bare gjelder andre dissosiative lidelser. Andre skriver bare om en undergruppe av konversjonslidelsene, oftest psykogene anfall. Her er det vanskelig å vite om kunnskapen er anvendbar på pasienter med dissosiativ konversjonslidelse som utarter seg annerledes.

På grunn av for lite litteratur om barn og unge, ble mange artikler tatt med som egentlig omhandler voksne. Dette er uheldig for å svare på problemstillingen, men nødvendig for å kartlegge best mulig behandlingsmetodene som finnes.

## **4.3 Implikasjoner**

Det er lite evidensbasert kunnskap om behandling av dissosiative lidelser hos barn og unge. Det er få studier, og de studiene som finnes er av dårlig metodologisk kvalitet. Litteraturen sier likevel noe om hvilke behandlingsmetoder som brukes og som ansees å være til hjelp i behandlingen av pasienter med konversjonslidelser. Hypnose, EMDR, fysioterapi og psykoterapi beskrives som effektive metoder i flere artikler. Familieterapi trekkes fram som spesielt viktig i behandling av barn og unge. Det ser ut som at det er en viss konsensus om disse behandlingsmetodene i det internasjonale fagmiljøet.

Litteraturen viser at det går an å utføre randomiserte, kontrollerte studier på denne pasientgruppen. Det bør gjøres flere og bedre studier framover. Det bør være mange nok pasienter til å kunne bekrefte effekt eller skade og det må sørges for kontrollgrupper som er sammenlignbare foruten intervensjonen som utprøves.

Det blir spennende å se om de nye kriteriene i DSM vil påvirke forskningsmiljøet på dette feltet. Det kan bli lettere å stille diagnosen på godt og vondt. Det er viktig at forskere fra ulike verdensdeler klarer å samarbeide til tross for ulik plassering i diagnosesystemet og ulike kriterier for å stille diagnosen.

## 5 Litteraturliste

1. Diseth, T.H. and H.J. Christie, *Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents--an overview of assessment tools and treatment principles*. Nordic Journal of Psychiatry, 2005. **59**(4): p. 278-92.
2. Khattak, T., S. Farooq, and B. Jan, *Behavior therapy in dissociative convulsions disorder*. J Coll Physicians Surg Pak, 2006. **16**(5): p. 359-63.
3. Honaker, J.A., J.M. Gilbert, and J.P. Staab, *Chronic subjective dizziness versus conversion disorder: discussion of clinical findings and rehabilitation*. American Journal of Audiology, 2010. **19**(1): p. 3-8.
4. Diseth, T.H.G., H. Faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatri. 3 ed. 2011: Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening, Den Norske Legeforening.
5. Hurwitz, T.A., *Somatization and conversion disorder*. Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie, 2004. **49**(3): p. 172-8.
6. Nicholson, T.R., J. Stone, and R.A. Kanaan, *Conversion disorder: a problematic diagnosis*. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 2011. **82**(11): p. 1267-73.
7. Garralda, M.E., *Practitioner review: Assessment and management of somatisation in childhood and adolescence: A practical perspective*. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 1999. **40**(8): p. 1159-1167.
8. Siket, M.S. and R.C. Merchant, *Psychogenic seizures: A review and description of pitfalls in their acute diagnosis and management in the emergency department*. Emergency Medicine Clinics of North America, 2011. **29**(1): p. 73-81.
9. Fritzsche, K., et al., *Dissociative seizures: a challenge for neurologists and psychotherapists*. Deutsches Arzteblatt International, 2013. **110**(15): p. 263-8.
10. Ruddy, R. and A. House, *Psychosocial interventions for conversion disorder*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005(4): p. CD005331.
11. Jans, T., et al., *Long-term outcome and prognosis of dissociative disorder with onset in childhood or adolescence*. Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health [Electronic Resource], 2008. **2**(1): p. 19.
12. Poole, N.A., A. Wuerz, and N. Agrawal, *Abreaction for conversion disorder: systematic review with meta-analysis*. British Journal of Psychiatry, 2010. **197**(2): p. 91-5.
13. Moene, F.C., et al., *A randomized controlled clinical trial of a hypnosis-based treatment for patients with conversion disorder, motor type*. International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis, 2003. **51**(1): p. 29-50.
14. Bloom, P.B., *Treating adolescent conversion disorders: are hypnotic techniques reusable?* Int J Clin Exp Hypn, 2001. **49**(3): p. 243-56.
15. *Store medisinske leksikon*. [cited 2014 01.07-01.09].
16. Cohen, J.A., Mannarino, A.P., and Deblinger, E., *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*. Vol. 1. 2006, New York: The Guilford Press. 256.
17. Huynh, M.E., I.H. Vandvik, and T.H. Diseth, *Hypnotherapy in child psychiatry: the state of the art*. Clin Child Psychol Psychiatry, 2008. **13**(3): p. 377-93.
18. Anstorp, T., Benum, K. og Jakobsen, M., *Dissosiasjon og relasjonstraumer - Integrering av det splittede jeg*. Vol. 1. 2006: Universitetsforlaget AS. 304.
19. Moene, F.C., et al., *A randomised controlled clinical trial on the additional effect of hypnosis in a comprehensive treatment programme for in-patients with conversion disorder of the motor type*. Psychother Psychosom, 2002. **71**(2): p. 66-76.

20. Ataoglu, A., et al., *Paradoxical therapy in conversion reaction*. J Korean Med Sci, 2003. **18**(4): p. 581-4.
21. Kanaan, R., et al., *In the psychiatrist's chair: how neurologists understand conversion disorder*. Brain, 2009. **132**(Pt 10): p. 2889-96.
22. Stone, J.a.S., M. *Conversion Disorder In Adults Terminology Diagnoses and Differential Diagnosis*. 2014 30.03.14.
23. Kroenke, K., *Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials*. Psychosomatic Medicine, 2007. **69**(9): p. 881-8.

# 6 Appendiks

## 6.1 Appendiks 1

*En oversikt over hva de ulike artiklene omhandler*

	Artikkel	Barn	Alle aldre	Voksne	Behandling generelt	Én behandling/ gruppe av behandlinger	(Dissosiative) konversjonslidelser	Én dissosiativ konversjonslidelse	Dissosiative lidelser	Somato- forme lidelser	Psykiatriske lidelser
1	Diseth	✓			✓		✓				
2	Khattak		✓			✓		✓			
3	Honaker		✓					✓			
5	Hurwitz		✓		✓		✓				
6	Nicholson		✓				✓				
7	Garralda	✓			✓		✓			✓	
8	Siket		✓		✓			✓			
9	Fritzsche		✓		✓			✓			
10	Ruddy		✓			✓			✓ <sup>a</sup>		
11	Jans	✓			✓		✓		✓ <sup>b</sup>		
12	Poole		✓			✓	✓				
13	Moene 2003			✓		✓	✓				
14	Bloom	✓				✓	✓				
17	Huynh	✓				✓					✓ <sup>c</sup>
19	Moene 2002			✓		✓	✓				
20	Ataoglu		✓			✓		✓			
21	Kanaan		✓				✓				
23	Kroenke		✓		✓		✓			✓	

<sup>a</sup> mest fokus på konversjons-lidelsene; <sup>b</sup> Står dissosiative lidelser, men alle inkluderte hadde konversjonslidelse; <sup>c</sup> dissosiative konversjonslidelser ble nevnt spesifikt



## 6.2 Appendiks 2

	Artikkel	Forfatter(e)	Publisert	Metode	Tema/Resultat
1	Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents – an overview of assessment tools and treatment principles	Trond Diseth, Helen J Christine	Nordic Journal of Psychiatry 2005;59:278-292	Systematisk oversikt. Litteratursøk i PubMed og PsychInfo	Diagnosetsetting og behandlingsmetoder. Konklusjon: vi trenger bedre studier på terapi, men lettere å komme kjappere og riktigere til nå, blant annet på grunn av bedre screeningverktøy
2	Behavior therapy in dissociative convulsions disorder	Khattak, T. Farooq, S. Jan, B.	J Cole Physicians Surg Pak	RCT	Atferdsterapi. Sammenligner bedringen i symptomer oppnådd med atferdsterapi og rutinebehandling med kun rutinebehandling som gis til pasienter med dissosiativ lidelse med pseudoepileptiske anfall.
3	Chronic subjective dizziness versus conversion disorder: discussion of clinical findings and rehabilitation.	Julie A. Honaker, Jane M. Gilbert, Jeffrey P. Staab	Am J Audiol. 2010 Jun;19(1):3-8	Case study	Tema: Kronisk svimmelhet og konversjonslidelse .Tar for seg to diagnoser som gir klinisk bilde som vestibularisnevritt, men som ikke har funn. Case og behandling.
5	Somatization and Conversion Disorder	Trevor A. Hurwitz	Can J Psychiatry. 2004 Mar;49(3):172-8	Review	Somatisering og konversjonslidelser – patogenese, prognose, behandling osv.
6	Conversion disorder: a problematic diagnosis	Nicholson, T. R. Stone, J. Kanaan, R. A.	Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry	Review	Problematiske diagnose, forslag til forenklete kriterier, uten krav om å finne psykologisk årsaksforklaring og å skille fra simulering.
7	Practitioner Review: Assessment and Management of Somatisation in Childhood and Adolescence: A Practical Perspective	M. Elena Garralda		Practitioner Review	Somatisering, utredning og behandling. Egen del om konversjonslidelser under behandling. Konklusjon om konversjonslidelser: Tett samarbeid mellom barnepsykiatere og pediater sammen med fysioterapi og arbeid med familien. Evt. innleggelse. Hypnose.
8	Psychogenic Seizures: A Review and Description of Pitfalls in their Acute Diagnosis and Management in the Emergency Department	Matthew S. Siket, Roland C. Merchant	Emerg Med Clin North Am. 2011 Feb;29(1):73-81	Review	Utfordring med tanke på diagnose og behandling i akuttmottak og oppfølging. Oppsummering av tips til å stille riktig diagnose og behandlingsmuligheter.

Artikkel	Forfatter(e)	Publisert	Metode	Tema/Resultat
9	Dissociative seizures: a challenge for neurologists and psychotherapists.	Fritzsche K, Baumann K, Gotz-Trabert K, Schulze-Bonhage A.	Dtsch. 2013 Apr;110(15):263-8 Review	Diagnosetsetting, hvordan kommunisere diagnosen til pasienten, psykoteraupautiske intervensjoner og litt om farmakoterapi. Konklusjon: Psykoterpapi inkl. KAT, individuelt tilpasset – beste behandling.
10	Psychosocial interventions for conversion disorder (Review)	Rachel Ruddy, Allan House	Cochrane Database Syst Rev. 2005 (4):CD00533 Review	Tre RCTer: Paradoksal intensjon vs. diazepam, hypnose vs. individuelle sessions, hypnose vs. venteliste. Konklusjon: Altfor få studier og dårlig metodologisk kvalitet. Signifikant forskjell mellom hypnose og venteliste på fysiske tegn, og mellom PI og diazepam på mental health, men konkluderer med at psykososiale intervensjoner må ses på som eksperimentelle med svak favør av effekt vs. skade.
11	Long-term outcome and prognosis of dissociative disorder with onset in childhood or adolescence	Jans, T. Schneck-Seif, S. Weigand, T. Schneider, W. Ellgring, H. Wewetzer, C. Warnke, A.	Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health [Electronic Resource] Kohortstudie	Fulgte 62 pasienter som ble behandlet for dissosiative lidelser ved barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling mellom 1983 og 1992 og fulgte dem opp etter ca. 12 år. over 80% hadde en psykiatrisk lidelse og over 26% hadde fremdeles dissosiativ lidelse. Konklusjon: Behandlingsstrategier må ta høyde for at mange unge pasienter som blir friske etter behandling er ikke stabile over tid.
12	Abreaction for conversion disorder: systematic review with meta-analysis	Norman A. Poole, Axel Wuerz, Niruj Agrawal	Br J Psychiatry. 2010 Aug;197(2):91-5 Systematic Review with meta-analysis	«Drug interviews» i behandling av konversjonslidelser. Konklusjon: Evidensen er av dårlig kvalitet, men det kan være hensiktsmessig å bruke dette i behandling av konversjonslidelser.
13	A Randomized Controlled Clinical Trial of Hypnosis-Based Treatment for Patients with Conversion Disorder, Motor Type	Franny C. Moene, Philip Spinhoven, Kees A. L. Hoogduin, Richard Van Dyck	Int J Clin Exp Hypn. 2003 Jan;51(1):29-50 RCT, hypnose vs. venteliste (for så å motta hypnosebehandling 6 mnd. senere)	Undersøke effekt av hypnosebehandling vs. venteliste. Konklusjon: hypnosebehandling signifikant bedre effekt. Usikkert hvis man hadde sammenligna med annen behandling.
14	Treating adolescent conversion disorders: Are Hypnotic Techniques Reusable?	Peter B. Bloom	Case review	To caser med paralytisk konversjonslidelse behandlet med hypnose, der pas. reagerte forskjellig fra starten pga. forskjellig utgangspunkt. Vekt på at terapien må individualiseres. Samarbeid mellom alle helsearbeidere som har noe med pas. å gjøre. Familierapi.

Artikkel	Forfatter(e)	Publisert	Metode	Tema/Resultat
<b>17</b> Hypnotherapy in Child Psychiatry: The State of Art	Huynh, M. E. Vandvik, I. H. Diseth, T. H.	Clin Child Psychol Psychiatry 2008 13: 377	Litteratursøk	Søk i PubMed, PsychINFO og Cochrane om hypnoterapi i behandling av barn. Konklusjon: Finnes ikke RCTer på tema, men at publikasjonene som finnes indikerer at hypnoterapi kan være nyttig for et bredt spekter av psykiatriske lidelser hos barn, inkludert dissosiative konversjonslidelser. Mer forskning må til før å få sikrere svar.
<b>19</b> A randomised controlled clinical trial on the additional effect of hypnosis in a comprehensive treatment programme for in-patients with conversion disorder of the motor type	Moene, F. C. Spinoven, P. Hoogduin, K. A. van Dyck, R.	Psychother Psychosom, 2002 71: 2: 66-76	RCT	RCT med 49 pas. Intervensjon: "comprehensive treatment programme" + hypnose. Kontroll: "comprehensive treatment programme" med denne behandlingen også i den tiden intervensjonsgruppen fikk hypnose. DSM III-kriterier. Konklusjon: Ingen ekstra effekt i intervensjonsgruppe, men god effekt av behandling i begge grupper.
<b>20</b> Paradoxical therapy in conversion reaction	Ataoglu, A. Ozcetin, A. Icmeli, C. Ozbulut, O.	J Korean Med Sci 2003 18: 4: 581-4	RCT	RCT med 15 pas. i intervensjon med paradoksal terapi og 15 pas. i kontroll med diazepam-terapi. Pas. som kommer inn i akuttmtak med psykogene anfall. Behandling i 6 uker. Intervensjonsgruppe innlagt, kontrollgruppe poliklinisk. Resultat: Ikke-signifikant reduksjon i antall anfall, signifikant minsket angst i intervensjonsgruppa.
<b>21</b> In the psychiatrist's chair: how neurologists understand conversion disorder	Kanaan, R. Armstrong, D. Barnes, P. Wessely, S.	Brain; 132; p. 2889-96	Kvalitativ undersøkelse	Intervju med nevrologer angående holdning til diagnosen dissosiative konversjonslidelser. Konklusjon: Problematiske diagnose. Vanskelig å følge kriterier. Nevrologer, som ofte møter pasientene først, forteller at kriteriene ikke følges og at de forstår simulering som en del av symptombildet.
<b>23</b> Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials.	Kurt Kroenke	Psychosom Med. 2007 Dec;69(9):881-8	Review	Evidens for behandling av ulike somatoforme lidelser, inklusive konversjonslidelser. Konklusjon: Best evidens for KAT. Bare tre små studier om konversjonslidelser, som ikke gav klare resultater.